

OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR LIPOMA DE CÓLON TRANSVERSO: RELATO DE UM CASO

ANTONIO ANGELO ROCHA
AFONSO CELSO BIAZZO DE SOUZA
VIRGÍNIO CÂNDIDO TOSTA DE SOUZA, TSBCP

ROCHA AA, SOUZA ACB & SOUZA VCT - Obstrução intestinal por lipoma de cólon transverso: relato de um caso. *Rev bras Coloproct*, 1997; 17(4): 248-250

RESUMO: Obstrução intestinal baixa causada por lipoma do intestino grosso é uma afecção rara. Os autores relatam o caso de uma paciente de 64 anos de idade com abdome agudo obstrutivo por neoplasia de cólon. No ato operatório, evidenciou-se massa tumoral em cólon transverso e acentuada adenomegalia em mesocólon transverso. Optou-se por ressecção oncológica pensando tratar-se de neoplasia maligna. O exame anatomopatológico fez o diagnóstico de lipoma submucoso de cólon transverso.

UNITERMOS: lipoma de cólon; obstrução intestinal

Lipomas ocorrem em todo trato gastrointestinal desde a hipofaringe ao reto, com maior incidência no cólon^(5,7). Lipoma submucoso é a segunda neoplasia benigna mais comum no intestino grosso depois dos pólipos adenomatosos^(7,21). A maioria dos lipomas não provoca sintomatologia, sendo encontrados incidentalmente por exame complementar, cirurgia ou necrópsia⁽¹²⁾. Quando os sintomas estão presentes, fazem diagnóstico diferencial com outras doenças colônicas, principalmente o câncer⁽⁷⁾. As manifestações clínicas são inespecíficas⁽²¹⁾: dor abdominal em cólica, mudança do hábito intestinal, sangramento retal, perda de peso, massa palpável e anemia⁽⁵⁾. Ocasionalmente provocam complicações como intussuscepção e obstrução, necessitando intervenção cirúrgica⁽¹⁷⁾. Localizam-se, geralmente, na submucosa, com maior incidência no cólon direito que esquerdo⁽³⁾. O tratamento cirúrgico está indicado somente nos casos sintomáticos e a colectomia ampla está indicada quando persiste dúvida de lesão maligna⁽²¹⁾.

Relatamos um caso de obstrução intestinal por um grande lipoma submucoso de cólon transverso.

Relato do caso

V.M.O., 64 anos, sexo feminino, admitida no dia 24 de outubro de 1996 com quadro que iniciou há três meses de dor abdominal tipo cólica, mudança do hábito intestinal, perda de muco e sangue nas fezes, anorexia, astenia e emagrecimento de seis quilos. Há dois dias evoluiu com dor abdominal intensa, difusa, distensão abdominal, vômitos e parada de eliminação de gases e fezes.

Ao exame físico encontrava-se em regular estado geral, hipocorada, desidratada de 1^o grau, afebril, eupnéica e acianótica. O exame cardiovascular era normal. P.A. = 140/90 mmHg. Ao exame do abdome apresentava: abdome pouco distendido, dor difusa à palpação, ausência de massas palpáveis, ruídos hidroaéreos aumentados.

O Rx simples de abdome mostrou distensão do cólon direito e de alças de delgado, ausência de ar no cólon esquerdo e reto.

Exames laboratoriais: Hemoglobina = 12,4 mg%; Hematócrito = 38%; Leucócitos totais = 9.400/mm³; Sódio = 138 mEq/L; Potássio = 3,0 mEq/L; Glicemia = 126 mg% e Creatinina = 1,2 mg%.

O exame proctológico mostrou mucosa normal até 20 cm, ausência de fezes e presença de secreção sangüinolenta no reto. Realizou-se colonoscopia sem preparo intestinal, constatando lesão vegetante a 60 cm da borda anal, ocluindo toda luz do cólon transverso, de superfície irregular, de cor escurecida e que impedia a progressão do aparelho. O cólon esquerdo encontrava-se completamente sem fezes (Fig. 1).

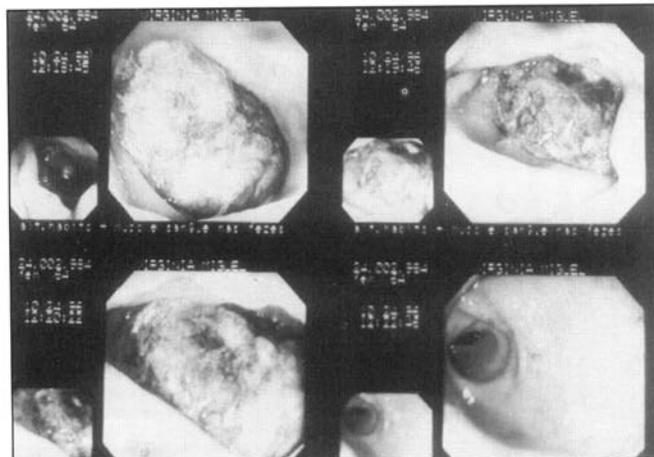


Fig. 1 - Colonoscopia: lesão vegetante ocluindo completamente a luz do cólon transverso. Ausência de fezes no cólon esquerdo.

A paciente foi submetida à laparotomia exploradora com incisão mediana xifo-púbica. No inventário da cavidade, evidenciou-se massa tumoral no terço distal do cólon transverso, dilatação do cólon a montante e acentuada adenomegalia em mesocólon transverso. Optou-se pela ressecção ampla sendo feita colectomia direita e transversectomia seguida de fleo-cólon descendente-anastomose, término-terminal, em plano único extramucoso com algodão 3.0.

O exame anatomopatológico da peça cirúrgica demonstrou lesão polipóide de 5,5 cm de comprimento e 4,0 cm de diâmetro (Figs. 2 e 3), distando cerca de 14,0 cm da área distal de ressecção e dilatação a montante em direção ao ceco. A mucosa adjacente mostrava áreas de ulceração e necrose. Foram isolados nove linfonodos.

Resultado da anatomia patológica foi: lipoma submucoso do intestino grosso e hiperplasia linfóide reacional.

A paciente evoluiu bem e recebeu alta hospitalar no 7º dia pós-operatório.



Fig. 2 - Lipoma em cólon transverso. Medida: 5,5 cm x 4,0 cm.

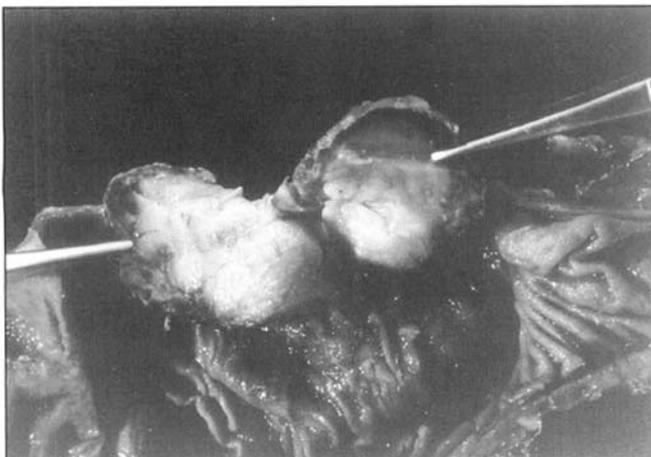


Fig. 3 - Lipoma em cólon transverso. Figura anterior com corte longitudinal.

DISCUSSÃO

Embora o lipoma seja a segunda neoplasia colônica benigna mais comum, sua incidência é de 0,2% em necrópsias⁽¹⁹⁾. Noventa por cento dos lipomas têm origem na submucosa e crescem lentamente por vários anos sem produzirem nenhum sintoma⁽²⁰⁾. Lipomas múltiplos são incomuns⁽¹¹⁾. Geralmente, os sintomas são diretamente proporcionais ao tamanho do tumor⁽⁸⁾. Lipomas menores que 2 cm são, geralmente, assintomáticos⁽¹⁸⁾. Cinquenta por cento dos pacientes com lipoma de 3 a 4 cm de diâmetro têm sintomas e, nos casos de lipoma maior que 4 cm, 75% são sintomáticos⁽¹⁶⁾. No presente caso, o lipoma media 5,5 cm x 4,0 cm. Os sinais e sintomas dos lipomas submucosos não são patognomônicos. Os sintomas mais comuns são: dor abdominal tipo cólica, mudança do hábito intestinal, sangramento, perda de peso, sinais de obstrução ou invaginação e, raramente, massa palpável^(1, 16). Michowitz⁽¹⁴⁾ relatou que o sintoma mais comum foi sangramento seguido de dor abdominal em 22 casos estudados. Este caso apresentava todos estes sintomas, exceto massa palpável.

O local mais comum do lipoma é no ceco seguido, em ordem decrescente, do cólon ascendente, cólon transverso, cólon descendente e retossigmóide⁽¹⁴⁾. Neste caso, o lipoma encontrava-se no terço distal do cólon transverso.

Lipomas de cólon são 1,5 a 2 vezes mais comuns em mulheres^(6, 10, 15, 16). A faixa etária mais comum é a 5ª e 6ª décadas^(6, 9, 15, 16).

Os lipomas submucosos podem ser pediculados ou sésseis. A mucosa que reveste os lipomas submucosos é normal, mas, ocasionalmente, sofre ulceração e necrose⁽¹⁴⁾, como o caso relatado por nós.

Geralmente, o diagnóstico do lipoma é feito pelo enema opaco e colonoscopia associados à tomografia computadorizada (CT). No entanto, em alguns casos, ele pode simular um carcinoma em muitos aspectos e a laparotomia é imperativa para fazer o diagnóstico definitivo⁽¹²⁾. O tratamento cirúrgico é indicado somente nos casos sintomáticos devendo limitar-se à colostomia e excisão quando o diagnóstico é de certeza, ou ampliar para uma colectomia quando houver dúvida de lesão maligna⁽²¹⁾. Di Maurizio⁽⁴⁾ relatou um caso de lipoma submucoso de cólon transverso onde foi necessária a ressecção "curativa" do cólon transverso pois havia suspeita de câncer. Os lipomas pediculados podem ser tratados por ressecção endoscópica⁽²⁾.

Relatamos este caso porque no pré-operatório e, mesmo no intra-operatório, houve dúvida quanto a possibilidade de uma neoplasia maligna devido às características macroscópicas da massa tumoral e acentuada adenomegalia no mesocólon, sendo necessária a realização de colectomia ampla.

CONCLUSÃO

A obstrução intestinal por lipoma de cólon é uma afecção rara. O diagnóstico diferencial do lipoma intestinal com câncer pode ser extremamente difícil. Persistindo dúvidas, a colectomia está indicada e o exame anatomopatológico da peça cirúrgica definirá o diagnóstico.

ROCHA AA, SOUZA ACB & SOUZA VCT - Intestinal obstruction by transverse colon lipoma: report of a case.

SUMMARY: The low bowel obstruction caused by large bowel lipoma is a rare affection. The authors report a case of a 64-year-old patient with an acute obstructive abdomen by colon neoplasia. In the surgical act, a tumoral mass in transverse colon was evidenced and a conspicuous adenomegaly in transverse mesocolon. An oncologic resection was chosen thinking that it could be a malignant neoplasia. The anatomopathological examination diagnosed a submucous lipoma of transverse colon.

KEY WORDS: colon lipoma; intestinal obstruction

REFERÊNCIAS

1. Ackerman NB, Chytain SQ. Symptomatic lipomas of the gastrointestinal tract. *Surg Gynecol Obstet* 1975; 141: 565-568.
2. Bar-Meir S, Halla A, Baratz N. Endoscopic removal of colonic lipoma. *Endoscopy* 1981; 13: 135.
3. Castro EB, Stearn MW. Lipoma of the large intestine: a review of 45 cases. *Dis Colon Rectum* 1972; 15: 441-444.
4. Di Maurizio P, Bracci F, Colizza S, Cianconi C, Crisci E. Submucous lipoma of the transverse colon: report of one case. *Journal of Surgical Oncology* 1983; 24: 274-276.
5. Edwards M, Zangara H. Lipomatous hypertrophy of the ileocecal valve. *Am J Surg* 1951; 82: 533-537.
6. Ginzburg L, Weingarten M, Fischer MG. Submucous lipomas of the colon. *Ann Surg* 1958; 148: 767-772.
7. Haller JD, Roberts TW. Lipomas of the colon: a clinicopathologic study of 20 cases. *Surgery* 1964; 55: 773-781.
8. Hurwitz MM, Redleaf PD, Williams HJ, Edwards JE. Lipomas of the gastrointestinal tract: an analysis of seventy-two tumors. *Am J Roentgenol* 1967; 99: 84-89.
9. Kaplan P. Submucous lipoma of the colon: report of a case. *Int Surg* 1971; 56: 113-117.
10. Kirshbaun JD. Submucous lipomas of the intestinal tract as a cause of intestinal obstruction. *Ann Surg* 1935; 101: 734-739.
11. Ling CS, Leagus C, Stahlgren LH. Intestinal lipomatosis. *Surgery* 1959; 46: 1054-1059.
12. Loludice TA, Lang JA. Submucous lipoma simulating carcinoma of the colon. *Southern Medical Journal* 1980; 73: 521-523.
13. McGrew W, Dunn GD. Colonic lipomas: clinical significance and management. *Southern Medical Journal* 1985; 78: 887-889.
14. Michowitz M, Lazebnik N, Noy S, Lazebnik R. Lipoma of the colon. A report of 22 cases. *American Surgeon* 1985; 51: 449-454.
15. Mukamel E, Wolloch Y, Glans I, Dintsman M. Lipomas of the large intestine. *Am J Proctol Gastroenterol Colon Rectal Surg* 1978; 29: 30-33.
16. Pemberton L, Manax WG. Complete obstruction of the colon by lipoma. *Surgery* 1971; 69: 139-141.
17. Taylor BA, Wolff BG. Colonic lipomas: report of two unusual cases and review of the Mayo Clinic experience, 1976-1985. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 888-893.
18. Wang TK. Adult descending colocolic intussusception caused by a large lipoma. *Gastroenterologia Japonica* 1992; 27: 411-413.
19. Weinberg T, Feldman M. Lipomas of the gastrointestinal tract. *Am J Clin Pathol* 1955; 69: 139-141.
20. Wolf BS. Lipoma of the colon. *JAMA* 1976; 235: 2225-2227.
21. Wychulis AR, Jackman RJ, Mayo CW. Submucous lipomas of the colon and rectum. *Surg Gynecol Obstet* 1964; 118: 337-340.

Endereço para correspondência:

Antonio Angelo Rocha
Rua Isidoro da Silva Cobra, 18 - ap. 02 - Centro
37550-000 - Pouso Alegre - MG